FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE N° 980

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'UNIVERSITÉ)

PAR

Mario GAUDIANO-RUIZ

Licencié ès-Sciences Médicales de Panama

Né le 27 Janvier 1929, à PANAMA

Présentée et soutenue publiquement le

ANUS IMPERFORÉS

Présence de raphé périnéal médian dans le diagnostic d'une atrésie basse par rapport à une atrésie haute

Président : Monsieur Marcel FEVRE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI°
1967

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1967 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Université)

par

Mario GAUDIANO-RUIZ

Licencié ès Sciences Médicales
de Panama

Né le 27 janvier 1929 à Panama

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

ANUS IMPERFORES

Présence de raphé périnéal médian dans le diagnostic d'une atrésie basse par rapport à une atrésie haute

-:-

Président : Monsieur Marcel FEVRE (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1967

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546008_0119

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), BENARD (H), BERNARD (E), BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), CHEYMOL (J), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GAUDART d'ALLAINES (F.de), GENNES (L.de), GIROUD (A), HAZARD (R),HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M),LEVY (Mlle J), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MARCHAL (G),MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D),PIEDELIEVRE(R), QUENU (J), RENARD (G), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er assesseur ..... Daniel BARGETON
2e assesseur ..... Jean GOSSET

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A) / HUARD (P)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J)
Anesthésiologie	VOURC'H(G)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F) / POLONOVSKI(J) / DESGREZ (P)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) / DOGNON (A) / DJOURNO (A)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GOURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS(H) / COUJARD (R)

	MM.
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du travail	DESOILLE (H)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G) KUSS (R) VERNE (J.M)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.C)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl) BRICAIRE(H) PEQUIGNOT(H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P)
Pharmacologie	BOISSIER (JR) LECHAT (P)
Physiologie	BARGETON (D) PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie	CABROL (Ch)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch)
Bactériologie	BARBIER (P)
Biochimie médicale	DREYFUS(J.Cl)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Parasitologie	LARIVIERE (M)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J)
Physiologie	DEJOURS (P) SCHERRER (J)

	MM.
Physique médicale	KELLERSHOHN (L) GOUGEROT (L) ROUCAYROL (J.Cl) TUBIANA (M)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P)
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J)
Cliniques chirurgicales : Beaujon	LORTAT-JACOB (JL)
Cliniques chirurgicales : -	BAUMANN (J)
Cliniques chirurgicales : Cochin	LEGER (L)
Cliniques chirurgicales : Hôtel-Dieu	PATEL (J)
Cliniques chirurgicales : St-Antoine	GOSSET (J)
Cliniques chirurgicales : Salpêtrière	SICARD (A)
Cliniques chirurgicales : Tenon	OLIVIER (Cl)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Foch)	PADOVANI (P)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Beaujon)	CAUCHOIX (J)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R)

MM.

Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..... TURPIN (R)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE(P)

Cliniques médicales
- Bicêtre ..... DEPARIS (M)
- Broussais ..... MILLIEZ (P)
- Cochin ..... N...
- Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M)
- Pitié ..... DREYFUS (G)
- Saint-Antoine ..... CONTE (M)
- Saint-Antoine ..... KOURILSKY(R)
- Saint-Antoine ..... BOUDIN (G)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON(L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M)
Clinique néphrologique (Necker) ..... HAMBURGER(J)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN(R)

Cliniques obstétricales
- Baudelocque ..... LACOMME (M)
- Saint-Antoine ..... MERGER (R)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) OFFRET (G)
- - (Cochin) ..... BREGEAT (P)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie (Trousseau) ..... MOZZICONACCI(P)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S)

MM.

Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BROUET (G)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX(L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SEZE (S.de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique (F.Widal)	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.Poincaré)	JUDET (R)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER(P)
- - (Necker)	COUVELAIRE(R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R)
Séméiologie médicale (A.Chantin)	DOMART (A)
- - (Lariboisière)	BOUVRAIN(Y)
- - (Pitié)	RAMBERT (P)
- - (Rothschild)	WOLFROMM(R)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX(F)

b) Professeurs à titre personnel

Hématologie	ANDRE (R) BOUSSER (J)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)
Médecine	AZERAD (E) BOUR (H) CAROLI (J) DREYFUS (B) GROSSIORD(A) LAMBLING(A) LAUNAY (Cl) PAYET (M) PERRAULT(M) SIGUIER (F) WORMS (R)
Néphrologie	RICHET (G)

	MM.
Neuro-chirurgie	Le BEAU (J)
Neurologie	LHERMITTE (F)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R)
Pédiatrie	POLONOVSKI(Cl) ROYER (P)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B) MEYER (A)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch)
Bactériologie	CHRISTOL (D)
Biochimie médicale	CARTIER (P) GONNARD (P) NORDMANN (J)
Biologie médicale	HARTMANN (L)
Chirurgie	CERBONNET (G)
Hématologie	BILSKI- PASQUIER(G)
Maladies infectieuses	DUPONT (V)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G)
Pédiatrie	ROSSIER (A)
Physique médicale	COURSAGET(J) GREMY (F)
Physiologie	GIRARD (Fr)
Stomatologie	CHAPUT(Mme A)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY(P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

IV - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D)

Secrétaire général de la Faculté M.LENA (J)
Conseiller administratif ..... Mlle CHAINTREUIL (G)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine } M.le Docteur HAHN(A)

Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P), LAURENT (H), Le NOIR (G)

Bibliothécaires ..... Mmes CONTET (J), FORGET (F), Mlles DUROZOY (M.F.), ROBERGE (D), Dr. SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

-:-

A mon père

A mon frère Miguel

A mes soeurs,

Cécilia, Angela, Bruna et Ana Rosa

Dont les sacrifices, l'affection, la dévotion et la compréhension m'ont permis de faire mes études médicales

A Monsieur le Professeur Marcel FEVRE

Professeur de Clinique de Chirurgie
Infantile et Orthopédique
(Enfants Malades)

Membre de l'Académie Nationale de
Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur de bien vouloir
accepter la présidence de
cette thèse

Qu'il trouve ici l'expression
de notre très respectueuse
reconnaissance

A Monsieur le Professeur
Manuel MORENO TINAJERO

Qui m'encouragea et aida
à une époque difficile
de ma vie

A mes Amis et Conseillers

Don Jorge Tulio ROYO

et

Don Ramon I. RAMIREZ

ANUS IMPERFORES

Présence de raphé périnéal médian dans le diagnostic d'une atrésie basse par rapport à une atrésie haute

-:-

Lorsqu'on se trouve en face du problème d'un patient ayant un anus imperforé, une importance première et cruciale pour son traitement est revêtue par la détermination de la relation existant entre la terminaison de l'intestin et le plancher pelvien, c'est-à-dire si nous avons affaire à une atrésie "haute" ou "basse".

Depuis qu'elle a été préconisée pour la première fois par WANGENSTEEN et RICE, l'estimation de ce niveau a été basée sur des radiographies prises avec le bébé tenu la tête en bas, avec un repère opaque à la radio au niveau de la peau. Cependant, un certain nombre de facteurs peuvent produire une image radiographique ne correspondant pas au niveau réel de l'atrésie.

Deux cas d'anus imperforés, vus à notre Service de Pédiatrie de l'Hôpital de Greenpoint au cours des deux dernières années, peuvent aider à ce diagnostic différentiel. Ces deux patients présentaient un raphé périnéal médian bien défini. Les radiographies de l'un d'eux présentaient un niveau "élevé" d'atrésie. Cependant, sur la table d'opération, une fistule, non notée lors des examens précédents, fut découverte, révélant qu'il s'agissait en fait d'un type d'anomalie "bas". Dans le second cas, les radiographies ont révélé la présence d'un type de

malformation "bas". L'examen a révélé la présence d'un raphé médian bien défini et d'un anus imperforé sans signe de faisceau fistuleux. Les deux cas ont été traités par une dilatation anale progressive.

Nous présentons ces deux cas à l'appui de notre thèse suivant laquelle, en cas d'anus imperforé, la présence d'un raphé médian indiquerait un type "bas" d'anomalie.

PRESENTATION DU CAS : Bébé du sexe masculin Fl...

Le patient est né le 14 juin 1966 par section césarienne, l'indication étant un placenta praevia. Pendant les premiers mois de grossesse, la sérologie de la mère fut signalée comme positive, et elle fut traitée avec une cure complète de pénicillinothérapie. Pendant les 24 heures suivant la naissance, une distension progressive de l'abdomen du bébé fut notée. A l'examen, l'anus était imperforé, il n'y avait pas d'indice de fistule. Un raphé périnéal médian bien défini fut noté. Organes génitaux extérieurs normaux. On fit une radiographie du patient, tenu la tête en bas pendant 5 minutes avec un repère opaque à la radio à la peau anale. Le rectum délimité par gaz, fut estimé se trouver juste au-dessus de la ligne reliant la partie supérieure de l'os pubien au joint sacro-coccygien. Impression : "Les constatations indiqueraient un type haut d'atrésie rectale".

Un pyélogramme intraveineux fut conseillé en raison de l'aspect irrégulier des deux derniers segments sacrés, qui semblaient être

fusionnés, et en raison du pourcentage élevé d'anomalies combinées. Aucun faisceau fistuleux ne fut trouvé dans le P.I.V, pour la vessie ou l'urèthre.

Etant donné les constatations radiographiques mentionnées plus haut, le patient fut conduit à la salle d'opération dans l'intention d'effectuer une colostomie préliminaire. Cependant, un nouvel examen dans la salle d'opération révéla que du méconium suintait d'une très petite fistule au niveau de l'anus imperforé. La fistule fut dilatée à l'aide de cathéters français n°8, 10, 12, 14 et 16. Les dilatations continuèrent trois fois par jour, jusqu'au cathéter français numéro 30. Le patient avait des évacuations de selles journalières depuis la première série des dilatations. On apprit à la mère à dilater l'anus avec les doigts avant de renvoyer le malade chez lui.

PRESENTATION DU CAS : Bébé du sexe masculin Or...

Le patient est né le 9 mai 1967 et a été examiné deux heures après sa naissance, examen au cours duquel l'imperforation de l'anus fut notée. Le bébé a urine sans évidence de contamination par le meconium. L'examen du périnée révéla un anus imperforé, un raphé médian bien défini, pas d'évidence de faisceau fistuleux. Des radiographies révélèrent que le gaz rectal s'étendait jusqu'à la région anale, au-dessous de la ligne pubio-sacro-ooccygienne, avec une légère dilatation de la sigmoïde, suggérant un anus imperforé plutôt qu'une atrésie rectale. Le patient fut conduit à la salle d'opération où

la membrane anale fut incisée et l'anus dilaté avec les cathéters français numéros 8 à 16. La dilatation continua journellement, deux à trois fois, jusqu'au cathéter français n°30.

EXPOSE

Il y a de nombreuses classifications des malformations de l'anus et du rectum. La plupart sont des modifications de celle de LADD et GROSS. BROWNE (1951) a fait la distinction entre : "haute", l'intestin se termine au-dessus de la branche pubio-rectale du muscle releveur de l'anus ; "basse" : l'intestin se termine au-dessous du plancher pelvien, ayant passé à travers la branche pubio-rectale.

Dans le traitement de ces cas, il est obligatoire de diagnostiquer le niveau d'atrésie, car le mode de thérapeutique, ainsi que le pronostic, est différent pour les deux niveaux.

Dans le type "bas", le résultat fonctionnel, généralement à l'aide d'une approche périnéale simple, est bon. Dans les anomalies "hautes", la fonction, après des opérations abdomino-périnéales complexes, est fréquemment non satisfaisante, et la mortalité, probablement due à des anomalies associées d'autres systèmes, est élevée.

-:-

EMBRYOLOGIE

-:-

Nous essaierons de trouver dans l'embryologie des faits pour étayer notre point de vue.

A la troisième semaine du développement de l'embryo l'intestin primitif et la vessie primitive formé par une expansion de l'allantoïde et qui reçoit les canaux de Wolff, débouchent dans la cloaca primitive. La cloaca est séparé de l'extérieur par une membrane cloacale qui est formé de l'union de l'entoderme (les 4/5 de son épaisseur), et de l'ectoderme. Cette membrane est avasculaire, les vaisseaux se développant à partir du mésoderme, et de ce fait est vouée à la résorption. A la 6e semaine (embryo de 8-14 mm), le septum uro-rectal, d'origine mésodermique, couvert de péritoine, commence à descendre, réduisant la communication entre vessie et intestin primitif a un petit canal cloacale. Il en résulte un sinus urogénital, antérieur, et un rectum primitif, postérieur.

D'après STEPHENS et PATTEN, le septum urorectal descend seulement jusqu'au niveau de la ligne pubo-coccygienne qui se situe sur le même plan que l'os cervical externe, la troisième valve de Houston ou le verumontanum chez le nouveau-né. Après ce niveau,

suivant ce même point de vue, l'oblitération se produit par des invaginations latérales des parois cloacales.

Le rectum, au-dessus de la ligne pubo-coccygienne est d'origine intestinale primitive (HINDGUT). En dessous de cette ligne il est d'origine cloacale.

Chez la fille, les canaux mülleriens et les "boutons" vaginaux s'interposent entre la vessie et le rectum et séparent d'une façon plus nette ces deux structures.

A la 7e semaine, les segments urogénitaux et rectaux sont séparés complètement, et la membrane cloacale se trouve divisée temporairement en une membrane urogénitale et une membrane anale.

Sur sa face externe, la membrane cloacale repose au fond d'une dépression allongée connu comme fosse génitale ou fosse cloacale externe qui est limité antérieurement par le mont génital et latéralement par les plis génitaux.

A la 8e-9e semaine, la membrane cloacale se désintègre par desquamation. Sa portion la plus dorsale est la dernière à être dissoute et peut obturer temporairement l'orifice rectal après l'arrivée du septum urorectal à la membrane. Le niveau de disparition de la membrane anale correspond à la ligne dentée du specimen mâture.

°°°

FORMATION DE L'ANUS ET DU PERINEE

Avant la désintégration de la membrane cloacale, des petites éminences sont apparues de part et d'autre de la ligne médiale, postérieurement au futur anus. Ces tubercules anaux sont réunis dorsalement par une bande transversale médiale. Les plis génitaux joignent ces tubercules en une fusion médiale au moment où arrive le septum urorectal (éperon périnéal), l'union de ces structures formant le corps périnéal qui donnera le périnée entre anus et voies génito-urinaires. La dépression centrale produite par la croissance des tubercules anaux est le proctoderme et est entouré par le mont anal. Au moins une partie du mont anal à cet étage est fait des fibres du sphincter externe. Dans la plupart des cas, la membrane anale s'est dissoute avant que ce processus ne soit achevé.

Vu ce que nous venons d'exposer, comment expliquer les différents types d'imperforation anale ?

Les anomalies basses : Type 1 (LADD et CROSS)

La sténose anale congénitale peut s'expliquer par un excès de développement de la portion cloacale du septum urorectal (éperon périnéal) qui donne normalement le périnée entre l'anus et les voies génito-urinaires.

Type 11 :

La simple persistance d'une membrane recouvrant l'anus s'explique par l'absence de

désintégration du bouchon cloacale.

Dans l'imperforation anale vraie ou le rectum se trouve à moins de 1,5 cm de la peau anale, le septum urorectal est descendu complètement jusqu'au niveau de la ligne pubo-coccygienne, mais il y aurait un arrêt de fusion des invaginations latérales des parois cloacales. Cet arrêt est toujours en dessous de la ligne pubo-coccygienne, fréquemment au niveau du bulbo-caverneux et entouré par le pubo-rectalis. Ainsi, de ce fait, si elles existent, les fistules communiqueront le plus souvent avec le périnée chez le garçon ou avec la vulve (à la fourchette) chez la fille.

Dans ces deux cas on peut s'attendre à trouver des périnées bien définis du fait que, dans le cas de simple persistance de membrane, tous les éléments nécessaires au développement du corps périnéal sont présents. Et dans les cas d'imperforation anale basse vraie, bien que l'éperon périnéal souffre un arrêt de développement ce serait suffisant pour aboutir à un périnée quasi normal.

Les anomalies de type hautes :

Type 111 (LADD et CROSS)

Dans ce type d'anomalie il y aurait un arrêt du développement du septum urorectal, le rectum se terminant au-dessus des muscles releveurs de l'anus et de la ligne pubo-coccygienne et toujours a plus de 1,5 cm de la peau anale. Ce fait explique aussi la haute fréquence des fistules entre le rectum et le tractus urinaire et génital : dans la région prostatique, dans l'urèthre posté-

rieur, vers la région bulbaire chez le garçon, dans l'utérus mais en général dans le vagin chez la fille. Du fait que le corps périnéal ne se développe pas, ces malades auront un périnée atrophique.

La méthode la plus sûre à notre disposition pour le diagnostic du niveau de ces anomalies est la radiographie en vue latérale du bébé mis la tête en bas pendant cinq minutes avec un repère opaque à la radio à l'endroit de l'anus. Cette méthode a été recommandée pour la première fois par WANGENSTEEN et RICE. La précision d'interprétation de ces radiographies est augmentée si les jambes sont placées perpendiculairement au tronc et si l'on centre le faisceau de rayons X sur le grand trochanter pour éviter le chevauchement des os ischiatiques par les fémurs.

Suivant STEPHENS, si la bulle de gaz est notée au-dessous de la ligne pubio-coccygienne, qui est une ligne tirée depuis l'aspect supérieur de l'os pelvien jusqu'au joint sacro-coccygien, nous avons affaire à un type "bas" d'atrésie. Si la bulle d'air est notée au-dessus de cette ligne, l'anomalie est du type "haut". Un certain nombre de facteurs peuvent conduire à une fausse interprétation des radiographies. Parmi ceux-ci : si les radios sont faites moins de 24 heures après la naissance, l'interprétation peut ne pas être satisfaisante parce qu'il faut généralement entre 6 et 24 heures à l'air avalé pour atteindre et distendre les parties les plus distales de l'intestin. La présence d'une fistule peut permettre l'échappement du gaz avec l'absence de dis-

tension de l'intestin distal conduisant à une interprétation erronée. Du méconium peut rester adhérent aux parties les plus distales de l'intestin, avec absence de distension par l'air de cette région et en conséquence une interprétation erronée. La contraction du muscle pubio-rectal au moment de l'exposition aux ravons X peut forcer la bulle d'air en direction de la tête à l'extrémité distale réelle de l'intestin.

-:-

CONCLUSION

-:-

Dans de tels cas, nous affirmons que la présence d'un raphé périnéal médian indiquerait la présence d'un type "bas" d'anomalie, et que sa présence, même avec une image radiographique compatible avec un type "haut" d'atrésie, doit nous donner l'alerte quant à cette possibilité.

RESUME

Deux cas d'anus imperforés, vus au cours des deux dernières années dans le Service Pédiatrique de l'Hôpital de Greenpoint, ont été présentés. Les deux cas présentaient des raphés médians bien développés. Dans l'un des cas, la radiographie du bébé la tête en bas présenta une image d'atrésie "haute", mais il fut prouvé qu'en réalité il s'agissait d'un type "bas". Dans le second cas, la radiographie a confirmé une atrésie basse due à la présence d'un raphé médian bien développé.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : Marcel FEVRE

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

LADD W.E. and CROSS R.E.
Congenital malformations of anus and rectum.
American Journal of Surgery janv.1934, 23 : 167-176.

ROBERTSON D.A. et al.
Radiological assessment of imperforate anus.
British Journal of Radiology, june 1965, 38 - 444-448.

WANGENSTEIN O.H. and RICE C.O.
Annals of surgery 92 - 77-81, 1930.

SANTULLI T.V. et al.
Malformations of anus and rectum.
SUrgical Clinics of North America, 45, 1965, october, 1253-71.

Imperforate anus, Lancet : 2 : 1366-67 - déc. 1963.

WOOLAM G.L.
Congenital anomalies of anus and rectum.
Mayo Clinic procedures 39 : 866-876, nov. 1964.

SOMMERSCHILD H. et al.
Anorectal anomalies. Acta Chirurgica scandinavica 127: 536-42, may 1964.

LOUW J.H.
Congenital abnormalities of the rectum and anus Current Problems of Surgery 1-64, may 1965.

STEPHENS F.D.
Malformations of the anus.
Australian and New Zeland journal of surgery : 23-9-24, aug. 1936.

PATTEN B.M.
Human embryology ed. 1946.

TURELL Robert
Diseases of colon and ano-rectum, vol.2, section of developmental anomalies and malformations of anus and rectum, by Davis D.A.

FEVRE Marcel
Le nouveau-né.
Bibliothèque de thérapeutique médicale 1959.

FEVRE Marcel
Chirurgie infantile et orthopédique, vol. 2, 1967.

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-